

10 лет. Накопленный отечественными и зарубежными исследователями опыт отодвинул на второстепенные позиции микробный фактор и на стезю признания решающего значения в патогенезе перитонита стал синдром эндогенной интоксикации, как универсальный механизм не только гнойно-септической патологии, но и всех видов интоксикационных синдромов. Это позволило изменить тактику при лечении перитонита и добиться снижения летальности с 20-40% до 7-16%. При этом существенно меняется стратегия лечения абдоминальной патологии осложненной перитонитом, снимая существовавшие ранее запреты на выполнение радикальных операций.

Клиника неотложной хирургии БелГИУВ имеет опыт лечения 1878 пациентов с распространенными формами перитонита и 2482 пациентов с локализованным перитонитом. За последние 5 лет прирост больных с неотложной абдоминальной патологией, осложненной перитонитом составил 42%.

Исследования деталей патогенеза перитонита (роль микробного фактора, динамика накопления и депонирования продуктов белковой биодegradации, состояние деформируемости эритроцитов, изменения микроциркуляторного кровотока и т.д.), позволили представить развитие и течение перитонита как единый процесс, не зависящий от этиологического фактора. Поэтому весьма актуальной для выбора стратегии и тактики лечения абдоминальной патологии, осложненной перитонитом, стал алгоритм диагноза, описывающий состояние организма на каждый данный момент оперативного вмешательства. Знание исходных параметров организма позволяет расширить либо сузить объем операции, основываясь на объективной формулировке диагноза.

Для унифицированного диагноза нами предложены следующие составляющие:

1. Распространенность:

1.1. Локализованный (инфильтрат, абсцесс, местное воспаление);

1.2. Распространенный (воспаление брюшины выходит за пределы очага, без тенденции к локализации процесса).

2. Характер выпота:

2.1. Серозный;

2.2. Фибринозный;

2.3. Геморрагический;

2.4. Гнойный;

2.5. Смешанные формы (серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный и т.д.).

3. Фаза течения:

3.1. Реактивная (реакция нервно-рефлекторного типа, спазм гладкой мускулатуры сосудов и кишечника) — до 12 часов при перфоративных перитонитах и 1-2 суток — при воспалительных процессах;

3.2. Токсическая (эндотоксемия, депонирование крови в микроциркуляторном депо, дилатация сосудов, парез кишечника) — 12-24 часа при перфоративных перитонитах и 2-5 суток — при воспалительных;

3.3. Терминальная (эндотоксемия с повреждением функции органов и систем) — больше 24 часов при перфоративных перитонитах, больше 5 суток — при воспалительных;

3.3.1. Обратимое лечение (полиорганная субкомпенсация);

Шорох Г.П., Савельев В.А.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ**

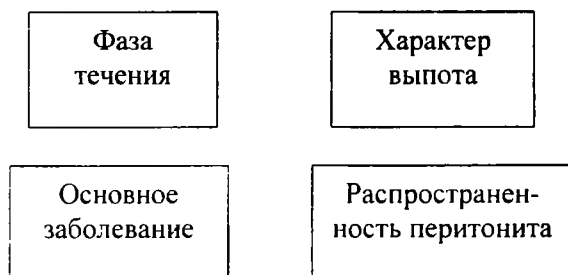
/ Минск /

Современные представления о патогенезе перитонита существенно изменились в последние 7-

3.3.2. Необратимое течение (полиорганная декомпенсация).

Описание перитонита в нашей интерпретации, дает полное представление об этапности течения процесса. При этом различия между локализованными и распространенными формами перитонита состоят в способности или неспособности к ограничению (локализации) воспаления. Главным фактором, наряду с большой площадью поражения брюшины, является возможность организма к локализации процесса.

Не менее важное значение имеет характер



выпота. Серозный выпот - это первая реакция брюшины на раздражение. Фибринозный - напряжение микрососудистого депо, повреждение стенок сосудов, выход за их пределы крупнодисперсного белка (фибриногена). Геморрагический выпот - перенапряжение микроциркуляторного депо, выход за пределы сосудистой стенки форменных элементов крови. Гнойный выпот - результат активной борьбы организма с микробами, он свидетельствует о присоединении и превалировании значения на данном этапе микрофлоры.

Примеры:

1. Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Распространенный серозно-фибринозный перитонит. Токсическая фаза.

2. Острый флегмонозный холецистит. Локализованный серозно-гнойный перитонит.

Для выбора объема оперативного вмешательства становится ясным, что в реактивной фазе перитонита при серозном, серозно-фибринозном выпоте операция может быть выполнена в полном объеме. В токсической фазе перитонита следует учитывать возраст, сопутствующую патологию, присоединение микробного фактора - в этих случаях объем операции должен быть сокращен. В терминальной фазе перитонита, независимо от общих компенсаторных возможностей организма, объем операции сводится к необходимому минимуму и или оперативное вмешательство расчленяется на этапы.

Клиническая апробация предложенного подхода к унифицированному диагнозу перитонита в течение 5 лет позволила значительно (до 69%) увеличить объем одномоментных радикальных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.